

FORMULARIO PARA SOLICITAR UNA EXENCIÓN DEL PROGRAMA DE CalWORKs* PARA LOS PADRES ADOLESCENTES EN WELFARE TO WORK**

POR FAVOR ESCRIBA CON LETRA DE MOLDE

SU NOMBRE		SÓLO PARA USO DEL CONDADO	
DIRECCIÓN	CALLE	COUNTY	
CIUDAD	CÓDIGO POSTAL	CASE NAME	
NÚMERO DE TELÉFONO ()		CASE NO.	OTHER ID NO.
NOMBRE DEL TRABAJADOR DE WELFARE TO WORK		NÚMERO DE TELÉFONO DEL TRABAJADOR DE WELFARE TO WORK	

**¿TIENE ALGUNA PREGUNTA? COMUNÍQUESE CON EL
TRABAJADOR DE WELFARE TO WORK.**

INSTRUCCIONES PARA EL CLIENTE:

Si usted no tiene un diploma de la preparatoria (*high school*), o el equivalente, y está embarazada y/o es un padre/madre adolescente menor de 20 años de edad, es posible que sea elegible para las exenciones anotadas abajo. Si usted responde "SÍ" a alguna de estas preguntas, es posible que usted esté exento de participar en *Welfare to Work* durante un mes o más. Es posible que tenga que dar información para ayudarle al Condado a decidir si usted debe estar exento. Por favor, conteste todas las preguntas. **El Condado no puede contestar estas preguntas por usted. Por favor, asegúrese de firmar y poner la fecha al final de este formulario.**

SÍ NO Exenciones en relación a la participación en *Welfare to Work*

1. ¿Tiene usted una condición física o mental que le impide participar en *Welfare to Work* en una forma regular durante 30 días consecutivos? Por favor proporcione alguna prueba médica de esta condición.
2. ¿Es usted una persona que no es el padre o madre pero está encargada del cuidado continuo de un niño que está bajo la tutela o bajo la custodia de la corte, o que está en peligro de ser colocado bajo cuidado de crianza temporal?

Dispensación en relación a la participación en *Welfare to Work* debido a abuso doméstico

Si usted o un miembro de la familia es actualmente, o ha sido víctima de abuso doméstico y el Condado determina que su condición o situación le impide o afecta su habilidad para participar en actividades de *Welfare to Work*, es posible que el Condado le otorgue una dispensación de los requisitos de participación en *Welfare to Work*. Puede comunicarse con el trabajador encargado de su caso para solicitar una dispensación debido a abuso doméstico.

SU FIRMA	FECHA
----------	-------

* CalWORKs = Programa de California de Oportunidades de Trabajo y Responsabilidad hacia los Niños

** *Welfare to Work* = Programa para la Transición de la Asistencia Pública al Trabajo

POR FAVOR FIRME Y PONGA LA FECHA EN ESTE FORMULARIO